



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** 29 de Agosto de 2014

**No de Orden:** 321

**Solicitante:** Sección Transporte

**Solicitud No:** 029/2014

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**TALLER DIDEA, S.A. DE C.V.**

**NIT Y / O NRC:** 0614-010462-002-1

**Clasificación:** Gran Empresa

**Dirección:** Km 136 Carretera Panamericana, frente a Zona Militar, San Miguel.- Tel. 26790330 y 2669-7986

Servicio de Mantenimiento Preventivo de Ambulancia Marca: KIA, Modelo: TR125 Pregio, Placa N-17755 propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
			Mantenimiento Tipo 112KM, consistente en: Una revisión del vehículo en cada 5,000 Km. o una revisión cada seis meses, es decir 6 revisiones durante un recorrido total de 30,000 Km. y dentro de un período máximo de tres años. Todo de conformidad a Contrato de Mantenimiento pactado entre Taller DIDEA, S.A. de C.V. y el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel, (Revisiones # 16, 1, 2, 3, 4, 5)	\$ 1,148.87	\$ 1,148.87

**TOTAL US:** \$ 1,148.87

**(TOTAL EN LETRAS)** Mil Ciento Cuarenta y Ocho 87/100 Dólares de los Estados Unidos de América

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</b>
Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, siete copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>Cada 5,000 km ó cada 6 meses</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>Contado</b>

F.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cañas**  
**DIRECTORA HOSPITAL DIRECCION**

**Administrador de la Orden:**  
 Sr. José Dore Reyes Membreño  
 Jefe Sección Transporte  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1133

Elaboro: Nery S. Sánchez Cañas